

IN THE U.S. PATENT AND TRADEMARK OFFICE

REQUEST FOR CORRECTED FILING RECEIPT

April 1, 2010

It is requested that a new Filing Receipt and Bibliographic Data Sheet be issued and updated on which the number of the foreign priority document is correctly given as 02/15404 (not 02/1504), as shown by the accompanying originally-filed Application Data Sheet, page 3, and the first page of the priority document.

YOUNG & THOMPSON

Benoit Castel, Reg. No. 35,041
209 Madison Street, Suite 500
Alexandria, VA 22314
Telephone (703) 521-2297
Telefax (703) 685-0573
(703) 979-4709

BC/11b

10/537294

JC17 Rec'd PCT/PTO 02 JUN 2005

Application Data Sheet

Application Information

Application Type::	Regular
Subject Matter::	Utility
Suggested Classification::	
Suggested Group Art Unit::	
CD-ROM or CD-R?::	None
Number of CD disks::	
Number of Copies of CDs::	
Sequence Submission?::	None
Computer Readable Form (CRF)::	No
Number of copies of CRF::	0
Title::	VENTILATION UNIT WHICH CAN BE DRESSED LIKE A TIGHT SUIT OR SIMILAR
Attorney Docket Number::	0581-1012
Request for Early Publication?::	No
Request for Non-Publication?::	No
Suggested Drawing Figure::	
Total Drawing Sheets::	1
Small Entity?::	No
Latin Name::	
Variety Denomination Name::	
Petition Included?::	No
Petition Type::	
Licensed US Gov't Agency::	
Contract or Grant Numbers::	
Secrecy Order in Parent Appl.?::	No

Applicant Information

Applicant Authority Type:: Inventor
Primary Citizenship Country:: FRANCE
Status:: Full Capacity
Given Name:: SAMUEL
Middle Name::
Family Name:: OZIL
Name Suffix::
City of Residence:: ROCHEFORT DU GARD
State or Province of Residence::
Country of Residence:: FRANCE
Street of Mailing 6, AVENUE ALPHONSE DAUDET
Address::
City of Mailing Address:: ROCHEFORT DU GARD
State or Province of Mailing Address::
Country of Mailing Address:: FRANCE
Postal or Zip Code of Mailing Address:: 30650

Correspondence Information

Correspondence Customer 00466
Number::

Representative Information

Representative Customer	00466
Number::	

Domestic Priority Information

Application::	Continuity Type::	Parent Application::	Parent Filing Date::
This application	National Stage of	PCT/FR03/03441	11/21/03

10/537294

JC17 Rec'd PCT/PTO 02 JUN 2005

Foreign Priority Information

Country::	Application Number::	Filing Date::	Priority Claimed::
FRANCE	02/15404	12/6/02	Yes

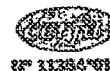
Assignment Information

Assignee Name:: DELTA PROTECTION
Street of Mailing Z.A. DE BERRET
Address::
City of Mailing Address:: BAGNOLS-SUR-CEZE
State or Province of Mailing Address::
Country of Mailing Address:: FRANCE
Postal or Zip Code of Mailing Address:: 30200



26 bis, rue de Saint Pétersbourg
75003 Paris Cedex 03
Téléphone : 01 53 04 53 04 Télécopie : 01 42 94 86 54

BREVET D'INVENTION
CERTIFICAT D'UTILITÉ
Code de la propriété intellectuelle - Livre VI



REQUÊTE EN DÉLIVRANCE 1/2

Cet imprimé est à remplir lisiblement à l'encre noire

DS 140 W / 280299

REMERSE DES PIÈCES DATE 6 DEC 2002 LIEU 75 INPI PARIS N° D'ENREGISTREMENT 0215404 NATIONAL ATTRIBUÉ PAR L'INPI DATE DE DÉPÔT ATTRIBUÉE PAR L'INPI 06 DEC. 2002 Vos références pour ce dossier (facultatif) F.0822		Reservé à l'INPI <input checked="" type="checkbox"/> NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE À QUI LA CORRESPONDANCE DOIT ÊTRE ADRESSÉE ABRITT 17, rue du Dr Charcot 91290 LA NORVILLE	
Confirmation d'un dépôt par télécopie <input type="checkbox"/> N° attribué par l'INPI à la télécopie			
<input checked="" type="checkbox"/> NATURE DE LA DEMANDE		Cochez l'une des 4 cases suivantes	
Demande de brevet <input checked="" type="checkbox"/>			
Demande de certificat d'utilité <input type="checkbox"/>			
Demande divisionnaire <input type="checkbox"/>			
Demande de brevet initiale <input type="checkbox"/>		N° _____ Date ____/____/____	
ou demande de certificat d'utilité initiale <input type="checkbox"/>		N° _____ Date ____/____/____	
Transformation d'une demande de brevet européen <input type="checkbox"/>		N° _____ Date ____/____/____	
Demande de brevet initiale <input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> TITRE DE L'INVENTION (200 caractères au maximum) BLOC DE VENTILATION POUR VETEMENT COMME UN SCAPHANDRE, OU ANALOGUE			
<input checked="" type="checkbox"/> DÉCLARATION DE PRIORITÉ OU REQUÊTE DU BÉNÉFICE DE LA DATE DE DÉPÔT D'UNE DEMANDE ANTÉRIEURE FRANÇAISE		Pays ou organisation _____ N° _____ Date ____/____/____ Pays ou organisation _____ N° _____ Date ____/____/____ Pays ou organisation _____ N° _____ Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> S'il y a d'autres priorités, cochez la case et utilisez l'imprimé «Suite»	
<input checked="" type="checkbox"/> DEMANDEUR		<input type="checkbox"/> S'il y a d'autres demandeurs, cochez la case et utilisez l'imprimé «Suite»	
Nom ou dénomination sociale		DELTA PROTECTION	
Prénoms			
Forme juridique		Société Anonyme	
N° SIREN		_____	
Code APE-NAF		_____	
Adresse		Z.A. de Berret	
Rue			
Code postal et ville		30200 BAGNOLS-sur-CEZE	
Pays		FRANCE	
Nationalité		Française	
N° de téléphone (facultatif)			
N° de télécopie (facultatif)			
Adresse électronique (facultatif)			